

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

154

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jules, Ary MARDRUS

Né le 27 Mars 1912, à Port-Saïd (Egypte).

Présentée et soutenue publiquement le **23 JUIN 1943** 19

Le

**Traitement des troubles des règles
par le drainage de la cavité utérine
avec aspiration**

Travail du Service du Professeur Agrégé Paul CHEVALLIER

Président : M. ABRAMI, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jules, Ary MARDRUS

Né le 27 Mars 1912, à Port-Saïd (Egypte).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

Le

**Traitement des troubles des règles
par le drainage de la cavité utérine
avec aspiration**

Travail du Service du Professeur Agrégé Paul CHEVALLIER

Président : M. ABRAMI, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	PIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	HARVIER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CATHALA.
Clinique des maladies du système nerveux	Robert DEBRE.
Cliniques des maladies infectieuses	LEVY-VALENSI
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CADENAT.
Clinique gynécologique	MONDOR.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	QUENU.
Clinique thérapeutique médicale	BROCQ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHIEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale orthopédique	PORTES.
Clinique de cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	LEVEUF.
Assistance Médico-sociale	LOEPER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	SENEQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	JOANNON	Hygiène	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LACOMME	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BOULIN	Pathologie	médicale.	LAVIER	Parasitologie.	
BROUET	Pathologie	médicale.	LELONG	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
CACHERA	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pharmacologie.	
CORDIER	Anatomie.		Mlle J. LEVY	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	chirurgicale.
JOUELAIRE (Roger)	Urologie.		MENEGAUX	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	MOUQUIN	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Ophthalmologie.	
DESOLLE	Médecine légale.		RENARD	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RENARD	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		RICHEL		
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.	SICARD	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		SUREAU	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	TURPIN	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-	Anatomie	pathologique.	WILMOTH	Pathologie	médicale.
VILLARS					

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
SUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
	chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
LAROCHE Guy		de GAUDART	
MOREAU		d'ALLAINES	
SEZARY		MOULONGUET	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
Fl...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

Professeur de Pathologie Médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Broussais-La Charité

Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Les remarquables progrès réalisés depuis quelques années dans la connaissance des hormones sexuelles et de leur mode d'action ont fait naître de grands espoirs quant à leur utilisation thérapeutique; les résultats pratiques en sont en effet souvent bons, mais il est des cas où l'hormonothérapie est loin de tenir toutes ses promesses. Il convient donc de ne pas négliger d'autres méthodes de traitement susceptibles, par un mode d'action sans doute très différent, d'améliorer, voire même de guérir, les anomalies menstruelles.

Nous nous proposons d'exposer dans ce travail les résultats obtenus par l'usage d'une technique originale dérivée d'un procédé médical qui eut en son temps, c'est-à-dire il y a plus d'un quart de siècle, une grande vogue, mais depuis une quinzaine d'années tombé dans l'oubli; nous voulons parler du traitement des affections gynécologiques par le ventousage, ou méthode de Bier.

Mais alors que cette méthode de Bier ne tendait qu'à provoquer une hyperhémie localisée au col utérin, notre intention par contre, est de réaliser de la cavité cervico utérine vers l'extérieur une évacuation par drainage intermittent en utilisant l'aspiration créée par une dépression atmosphérique.

C'est dans le service du Professeur Paul CHEVALLIER où il nous a accueilli avec tant de bienveillance que nous nous sommes familiarisés avec cette nouvelle méthode. Nous tenons à lui témoigner toute notre gratitude du grand

honneur qu'il nous a fait en nous confiant la tâche de l'exposer dans cette thèse avec les résultats obtenus. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre particulière reconnaissance.

Nous voulons remercier aussi le Docteur Marcel COLIN de nous avoir fait profiter de son expérience déjà ancienne, de ses précieux conseils et qui, de surcroît, a bien voulu mettre à notre disposition les observations et les statistiques publiées dans ce travail.

Nous désirons enfin remercier le Docteur Marcel BORDIER qui nous a communiqué les détails d'une technique dont il fut le promoteur.

HISTORIQUE

Les premiers travaux de BIER sur l'aspiration par le ventousage remontent à 1892. Il cherchait alors à obtenir une hyperhémie veineuse pour traiter la tuberculose pulmonaire; mais bien avant lui, l'hyperhémie avait été recherchée comme procédé thérapeutique. La première mention en est faite dans Hippocrate au début du livre des ulcères. Ambroise PARÉ s'inspirant de GALLIEN recommande d'appliquer une bande « afin qu'elle expurge les humeurs ».

Plus récemment GUYOT traitait des tumeurs blanches par la chaleur créant ainsi une sorte d'hyperhémie. Mais c'est à BIER que revient le mérite de répandre cette méthode tombée dans l'oubli et d'en étendre ses indications. Peu à peu les idées et la technique de BIER diffusent dans le milieu médical. En 1896, elles sont exposées et étudiées pour la première fois en France dans la thèse de BOURTROUE. Elles ne sont pas encore à cette époque appliquées au traitement des maladies de l'appareil génital féminin.

La méthode de BIER est la synthèse d'un ensemble de procédés qui ont tous le même but : celui de provoquer une hyperhémie dans la région à traiter, soit par des applications chaudes et irritantes, soit par un obstacle à la circulation de retour (lien), soit par un abaissement de la pression atmosphérique en un point (ventousage).

Le premier article relatant l'application de la méthode de BIER à la gynécologie date de 1905. Il est dû à RUDOLF, de Heilbronn, qui pour exploiter l'effet de dégorgeement produit par la ventouse, emploie le spéculum de Fer-

gusson, fermé à son extrémité vulvaire (dans lequel il faisait le vide) ; l'autre extrémité de l'appareil s'appliquant sur le col.

Puis EVERSMAHNN signale d'excellents résultats obtenus dans des cas d'endométrite, de brides cicatricielles du Douglas. Il emploie une ventouse cylindrique en verre, à tubulure latérale reliée par un tube de caoutchouc à la pompe aspirante.

En 1906 KRÖNER rapporte qu'il s'est servi avec succès de la méthode de Bier, dans l'infection puerpérale pour localiser le processus infectueux ; il conseille aussi de l'employer pour obtenir le ramollissement de cicatrices fibreuses.

Félix TURAN, en 1906, dans un article intitulé « Essai de la méthode de Bier dans l'endométrite chronique » consigne de très bons résultats. Il a imaginé une sorte de cathéter sonde à parois perforées qu'il introduit dans la cavité utérine, et qu'il relie à une pompe aspiratrice. Un manomètre précise le degré d'aspiration. Les endométrites ainsi traitées, dont une avec dysménorrhée, ont été rapidement améliorées.

En 1907 JAYLE et LÉWY font paraître un article sur « le traitement des métrites par l'application des ventouses sur le col ». Il font connaître les bons résultats ainsi obtenus à la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca.

Mlle GROSSMANN, en 1908, dans le service de SIRE-DEY, étudie le procédé dans sa thèse et reconnaît à ce nouveau traitement employé seul, d'heureux résultats dans des cas de métrites chroniques ou subaiguës, d'origine gonococcique ou puerpérale, dans la cure des brides ou adhérences du Douglas.

En 1911 BONAMOUR, dans sa thèse, traite de l'« Application des ventouses sur le col utérin dans le traitement des métrites ». Il constate que la sédation de la douleur est le phénomène le plus constant, le plus apparent et le plus rapide. En outre, l'application des ventouses, parfois

douloureuse au début, a pour résultat l'évacuation du contenu de la cavité cervicale et détermine l'hyperhémie du col : « C'est un moyen thérapeutique gynécologique simple, facile à employer, sans danger, dont le médecin sera satisfait s'il en limite l'emploi et ne lui demande pas plus qu'il ne peut donner ».

Depuis cette époque la méthode de Bier, malgré des résultats encourageants, a été relativement peu étudiée.

Toutefois, en 1928, LE QUEMENT, dans une thèse inspirée par le Professeur VILLARD, de Lyon, écrit : « L'aspiration cervico utérine est facilement réalisée au moyen d'un appareil spécial, muni d'une pompe aspiratrice et permettant, suivant les cas, de régler la dépression à l'aide d'un manomètre. Ce mode de traitement est indiqué dans les métrites chroniques et aiguës et surtout à sécrétions abondantes. Il est contre indiqué dans les formes hémorragiques et les métrites gravidiques. Les résultats sont très encourageants : nous avons obtenu la guérison chez 90 % des malades ».

Ce mode de traitement semble délaissé jusqu'en 1939, date à laquelle le Docteur Marcel BORDIER, dans une communication à la Société de Médecine de Paris décrit le perfectionnement technique dont il est le promoteur. Puis le Docteur Paul CHEVALLIER et le Docteur Marcel COLIN dans une communication en octobre 1942 à la Société d'Hématologie attirent de leur côté l'attention sur l'application thérapeutique de ce procédé aux troubles des règles, et montrent les résultats satisfaisants que l'on peut en obtenir.

L'APPAREIL D'ASPIRATION

Nous avons écrit dans les pages précédentes que la méthode à laquelle reste attaché le nom de BIER, consiste à obtenir dans le territoire à traiter des effets d'hyperhémie et de dégorgement par un abaissement de la pression atmosphérique à ce niveau.

La particularité et la nouveauté de l'application que nous nous proposons d'exposer est bien de réaliser ces effets dans la profondeur même des voies génitales internes, à savoir la cavité utérine toute entière, alors que jusque là ils demeuraient localisés par tous les auteurs et praticiens uniquement au col.

Cette action est rendue possible par l'apport endocavitaire de l'air extérieur le long d'un cathéter introduit dans la cavité cervico utérine et dans lequel on crée une dépression. Il en résulte l'établissement d'un courant d'air à pression légèrement inférieure à la normale, allant des parois cavitaires à l'orifice profond de la sonde qui suffit à produire l'effet thérapeutique recherché.

C'est Félix TURAN qui imagina un appareil cathéter sonde à parois perforées, propre à réaliser un ventousage endocervical. Malgré l'intérêt de ses travaux, personne, à notre connaissance, ne les a repris avant le Docteur BORDIER, soit que l'on n'ait pas entrevu les avantages à attendre d'un tel procédé thérapeutique, soit par crainte de provoquer l'infection par des manœuvres intra-utérines? Nous pensons plutôt qu'on se heurtât à des difficultés techniques, à savoir que, lorsqu'une telle sonde est introduite dans la

cavité, sous l'action de l'aspiration, la muqueuse s'accôle à l'orifice de l'instrument et l'obture : l'aspiration s'arrête, ou bien le vide est manifestement trop poussé pour l'effet recherché ; on peut alors risquer de léser la muqueuse.

En conséquence, pour rendre réalisable pratiquement un tel procédé de traitement, il s'agit en définitive :

1° D'éviter l'accolement ;

2° D'utiliser une dépression d'intensité moindre réglable à volonté.

Pour y arriver le Docteur BORDIER a eu l'ingénieuse idée d'imaginer le dispositif suivant :

Il a fait établir une sonde dans laquelle on fait le vide mais qui permet, en même temps, l'admission d'une certaine quantité d'air extérieur par sa périphérie, tandis qu'elle est introduite dans la cavité cervico-utérine. Ainsi, lorsque le vide tend à se faire au niveau de l'œillet en retrait qui termine ladite sonde, en présence de la muqueuse s'établit un courant d'air de pression légèrement inférieure à la normale, et allant des parois cavitaires vers la sonde. De la sorte les inconvénients précédemment signalés ne peuvent se produire.

Le montage d'une installation comprend : un générateur à vide qui peut être ou la classique trompe à eau ou une turbine électrique. Au départ de la canalisation se trouve un flacon dit « compensateur ». Dans la salle de traitement, la canalisation aboutit à un nouveau flacon, tel que le précédent mais de moindre capacité. Il contient en outre une faible quantité d'eau, dans laquelle plonge l'extrémité de la conduite venant de l'instrument de travail.

Ce dispositif permet à l'opérateur, au cours de la marche du poste, de se rendre compte du fonctionnement de l'installation par l'observation de la circulation des bulles d'air traversant la masse liquide et la variabilité de leur succession. Une conduite souple relie ce flacon dit « barboteur » à l'instrument que l'on veut utiliser, soit directe-

ment, soit indirectement par l'intermédiaire d'un autre flacon dit « récepteur » propre à recueillir les matières ou exsudats aspirés au cours du traitement.

Un manomètre à vide est placé en dérivation pour permettre à l'opérateur de suivre exactement sur le cadran les oscillations en degrés de la dépression utilisée pendant le travail.

L'instrumentation comporte, outre le spéculum, l'hystéromètre classique, la ventouse cervicale de Jayle, la série de sondes utérines qu'a faites établir le Docteur BORDIER selon la courbe des bougies de Hégar (légèrement modifiée) et calibrées selon la filière de Beniqué.

Ces sondes terminées en bout arrondi, mousse, portent à cette extrémité et un peu en retrait, un petit orifice semi-lunaire. Cette disposition évite le contact immédiat du rebord orificiel sur la muqueuse. L'autre extrémité de l'instrument (ou externe), se termine par un embout femelle, s'adaptant à frottement dur à l'embout mâle de la canalisation. La sonde porte, en outre, deux ailettes recourbées facilitant sa préhension. Leur position servira de repaire à l'opérateur au cours du travail pour connaître le sens de l'orientation de la courbe et la situation de l'orifice aspirateur.

Pour mettre en marche l'appareil il suffit de l'amorcer à vide et l'on entend le sifflement d'air qui rentre par le petit orifice.

LA TECHNIQUE

La technique de l'aspiration endo-utérine telle que nous allons la décrire a été mise au point par le Docteur Marcel BORDIER.

Il va de soi, que dans le cas du moindre soupçon de grossesse, l'abstention est toujours de règle, quitte à recommander à la malade de ne revenir qu'au moment de sa prochaine menstruation.

La patiente est couchée sur une table gynécologique. Avant toute intervention on doit l'interroger attentivement et pratiquer le toucher bimanuel tant pour se rendre compte de la situation, de la forme et de la consistance du col, que pour reconnaître la position du corps utérin, son volume, et explorer en même temps la sensibilité des culs de sac et du paramètre.

Le toucher rectal viendra souvent compléter les données de l'examen précédent.

Le spéculum étant mis en place, on précisera l'état du col, sa situation, sa consistance, ses anomalies. L'aspect de l'orifice cervical retiendra particulièrement notre attention : insistons à ce moment encore sur l'obligation de rechercher tous les signes pouvant éveiller le soupçon de gravidité.

On observera la présence et la nature des glaires; la forme, la dimension de l'orifice, sa béance ou son atrésie, la consistance, la dureté ou la fragilité des parois.

C'est à ce moment que l'exploration par l'hystéromètre à titre de véritable toucher endocavitaire, nous fournira

d'utiles renseignements: d'abord sur la perméabilité cervicale, direction, sensibilité ou fragilités anormales, rétrécissements, obstacles; ensuite sur la cavité utérine: confirmer les anomalies que le toucher bimanuel aura fait prévoir, l'état des parois, la profondeur de la cavité, sa direction: enfin la situation et la sensibilité des cornes utérines.

Ces observations nous permettent de choisir la sonde du calibre minimum à employer et la direction dans laquelle nous aurons à la manier. C'est ici que la situation des ailettes de la dite sonde sera notre guide.

Selon le cas, la ou les premières séances seront seulement consacrées à quelques manœuvres d'introduction et de retrait de la même sonde, progressivement dans la cavité cervicale seule.

Dans les séances ultérieures on ne pénétrera plus avant qu'autant que l'état du col le permettra.

Il importe de rappeler ici que, pour bénéficier de l'utilité de notre technique il faut que l'air extérieur puisse pénétrer constamment, librement, le long de la sonde: il s'ensuit que celle-ci doit toujours être choisie d'un diamètre légèrement inférieur à celui de l'orifice. L'on se souviendra que jamais le cathéter ne doit agir en force: la pénétration de l'instrument doit toujours être facile et souple, toute résistance imposera le retrait de la sonde par l'emploi du numéro immédiatement inférieur: on évitera ainsi tout risque d'érosion.

Il est important, enfin, de souligner que l'emploi de ce mode de cathétérisme sans aspiration offre le précieux avantage d'écarter tout risque de transport de germes infectieux d'avant en arrière, puisque tout exsudat rencontré ou divergé par la succion au fur et à mesure de la pénétration de l'instrument, est pris par l'aspiration dans la sonde qui l'évacue sans cesse vers le flacon récepteur.

Signalons à ce propos que le praticien peut, s'il y a lieu, user de cette ressource pour pratiquer par la succion, au

niveau de son choix, tel prélèvement, qui sera recueilli dans un récipient approprié aux fins d'analyse.

L'intensité de la dépression utilisée devra, en principe, être toujours faible étant donné la fragilité des tissus sur lesquels nous intervenons.

Au surplus, l'expérience nous a montré que les oscillations de la dépression habituellement utilisée n'avaient jamais lieu de dépasser une différence de 25° au-dessous de la pression atmosphérique; c'est-à-dire, pratiquement, ne descendre au-dessous de 50 mm. de mercure, soit : — 50 au manomètre à vide.

En fait le travail utile se produit généralement entre — 5 et — 15 au-dessous de la pression normale, soit : entre 30 et 60 au manomètre.

Signalons que, selon le besoin, il est possible de faire varier inversement, ou la rapidité de l'aspiration, ou celle de l'admission de l'air et, de la sorte, de régler à volonté le débit de la dépression utilisée.

Rappelons enfin que quelque soit l'intensité employée l'accolement des parois est rigoureusement rendu impossible du fait de la rentrée constante et nécessaire de l'air extérieur. Ainsi ne peut-on jamais risquer d'exagérer la suction.

Comme on le voit, cette méthode est simple et, correctement maniée ne saurait présenter de danger.

A ce propos, nous insistons à nouveau sur l'intéressante propriété de ce procédé thérapeutique à savoir que, dans le cas d'infection latente des voies antérieures, nul transport de germe n'est à craindre, du fait même de l'aspiration précédant obligatoirement le cheminement de la sonde.

La fréquence et la durée des soins varie selon les cas. Au début, les traitements sont, en principe, bi-hebdomadaires, pour s'espacer, dans la suite, au fur et à mesure des progrès.

De toute façon, les périodes de cure s'entendent pas vingt-huit jours, c'est-à-dire de règles à règles.

LES INDICATIONS

La méthode dont nous venons de décrire la technique constitue un moyen efficace pour traiter les troubles des règles: aménorrhées ou hypoménorrhées, métrorragies, dysménorrhées douloureuses.

Les malades traitées ont des âges qui vont de 19 à 55 ans. Elles sont soigneusement choisies. Ont été exclues systématiquement toutes celles qui présentaient des lésions organiques importantes (fibromes, salpingites, etc...) ou des infections en activité (gonococcies, etc...) non pas d'ailleurs, parce que nous pensons que, dans ces cas, la cure de dégorgement soit toujours contre-indiquée, mais bien parce que d'autres traitements paraissent préférables ou que la mise en œuvre de l'aspiration n'aurait pu résoudre les problèmes que nous nous étions posés.

I. — LES AMÉNORRHÉES ET LES HYPOMÉNORRHÉES

Elles sont susceptibles d'être progressivement améliorées. A ce propos nous pensons qu'un mauvais fonctionnement de la muqueuse utérine pourrait dans certains cas avoir un retentissement marqué sur les fonctions de l'ovaire en tendant à les diminuer. Nous exposerons plus loin les différentes opinions émises à ce sujet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

G... Louise, 29 ans.

7 janvier 1939. Vient consulter pour une diminution très importante des règles depuis trois mois. Elle se plaint en outre de douleurs du bas-ventre à gauche, et de pertes blanches, également depuis trois mois.

Elle était depuis l'âge de 12 ans normalement réglée. Elle a eu en 1936 une grossesse normale. A l'examen l'utérus est normal mais le cul-de-sac gauche est douloureux au palper et manque de souplesse. L'exploration intra-utérine permet de sentir dans le canal cervical une nodosité fibroïde visible d'ailleurs en écartant les lèvres du col.

Les dernières règles se sont produites les 27 et 28 décembre. Elles étaient d'abondance minime.

Traitement :

7 janvier.

10 janvier.

14 janvier.

17 janvier.

26 janvier. Règles les 19, 20, 21, 22 plus abondantes.

31 janvier.

6 février.

18 février. Règles les 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 très abondantes.

25 février. Fin du traitement. Plus de douleurs abdominales. Plus de leucorrhée.

6 mai. Les douleurs abdominales et la leucorrhée n'ont pas reparu, mais les règles d'avril ont été moins abondantes que les précédentes.

OBSERVATION II

Ch... Marguerite, 34 ans.

22 octobre 1937. Depuis plusieurs années se plaint de pertes blanches pour lesquelles elle a subi divers traitements ne donnant que des résultats passagers. En outre, ses règles sont très insuffisantes. Elle ne durent que deux ou trois jours. Dix jours avant les règles elle a un gonflement douloureux des seins et parfois elle a à ce moment une métrorragie minime.

L'utérus est gros, gobuleux. Le col est le siège d'une importante métrite chronique adénomateuse avec exulcération péri-orificielle et présente de très nombreux œufs de Naboth.

Traitement:

26 octobre.

30 octobre.

2 novembre.

6 novembre.

9 novembre.

13 novembre.

16 novembre. Régression très importante des œufs de Naboth.
La lèvre antérieure du col est largement érodée.

28 novembre. Règles du 18 au 25 novembre. Abondantes.
Non douloureuses.

30 novembre.

4 décembre.

7 décembre.

12 décembre.

14 décembre.

21 décembre. Règles du 15 au 21 décembre. Normales.

27 décembre.

4 janvier. Col beaucoup moins gros et de surface plus régulière. L'exulcération de la lèvre antérieure est cicatrisée. Il persiste çà et là quelques gros kystes

glandulaires. Les troubles fonctionnels, céphalée, gonflement douloureux des seins, ont disparu.

OBSERVATION III

M... Lucienne, 42 ans.

6 décembre 1938. Hypoménorrhée depuis plusieurs années, s'accroissant de plus en plus depuis quelques mois. Actuellement l'écoulement menstruel ne dure qu'une demi-journée. Ménorrhée abondante. Souvent douleurs abdomino-pelvienne du côté gauche.

A été réglée à l'âge de 15 ans normalement. Elle a eu quatre grossesses normales. La leucorrhée s'est installée à la suite de sa première grossesse.

L'utérus est plus gros que normalement. Il est peu mobile. Le cul-de-sac gauche est douloureux. Le col est gros. On y voit une ulcération métritique chronique localisée à la lèvre antérieure.

Traitement:

6 décembre.

10 décembre.

13 décembre.

17 décembre. Règles les 19, 20, 21, 22, 23. Abondantes. Les douleurs abdominales ont disparu.

7 janvier.

10 janvier.

14 janvier.

11 février. Règles les 20, 21, 22 janvier.

25 février. Règles le 20 février. Durée une journée mais écoulement abondant.

4 mars.

11 mars.

16 mars.

23 mai. Règles le 20 avril.

3 juin. Règles les 17 et 18 mai.

- 6 juin.
10 juin.
20 juin. Règles les 12 et 13 juin.
22 juillet. Règles les 12-13-14 juillet. Abondantes. Col normal. Cul-de-sac gauche n'est plus douloureux.

OBSERVATION IV

S..., 23 ans, 28 janvier 1938.

Hypoménorrhée primitive. Depuis l'âge de 13 ans, les menstruations sont très irrégulières. Tous les 35, 40 jours, peu abondantes. Depuis octobre elle n'a pas eu de règles. Mariée depuis 2 ans elle n'a pas eu de grossesse.

L'utérus et annexes parfaitement normaux. Elle reçoit dans le courant de février une série d'injection de benzogynœstryl, sans succès.

Traitement local commencé le 22 février.

Traitement :

- 22 février.
25 février.
28 février.
4 mars. Règles le 1^{er} mars peu abondantes.
8 mars.
12 mars.
15 mars.
20 mars.
25 mars.
29 mars.
5 avril. Règles les 2-3-4 avril.

Traitement interrompu, la malade ayant eu la rougeole. Revue le 3 mai : elle a ses règles : écoulement d'abondance normale. Le traitement n'est pas repris et la malade revient en décembre 1938. Elle n'a pas ses règles depuis 3 mois ; mais cette fois il s'agit d'une

grossesse. Accouchement normal le 24 juin 1939. Le 23 octobre: la malade est de nouveau aménorrhéique depuis son accouchement. L'utérus est normal.

Reprise du traitement.

23 octobre.

26 octobre.

30 octobre.

8 novembre-15 novembre. Règles les 11-12-13, normales.

La malade a été revue en mars 1940. Ses règles sont normales.

OBSERVATION V

B... Aline, 42 ans. 16 décembre 1936.

Hypoménorrhée depuis plusieurs années. Règles tous les 28 jours mais ne durant qu'une seule journée. Elles sont douloureuses. Leucorrhée abondante depuis longtemps mais particulièrement intense depuis quelques semaines. Pas de grossesse, pas de fausses couches.

Utérus assez gros. de consistance ferme. Le cul-de-sac gauche manque de souplesse; le toucher en est douloureux.

Le col présente un orifice punctiforme par lequel sort une glaire muco-purulente épaisse. L'orifice interne du col ne permet pas le cathétérisme.

Traitement:

16 décembre.

19 décembre.

26 décembre. Règles les 22-23-24. Plus abondantes. Non douloureuses.

30 décembre. Cathétérisme facile.

2 janvier.

5 janvier.

9 janvier.

18 janvier.

16 janvier.

- 23 janvier. Règles les 18-19-20 janvier. La leucorrhée a presque disparu.
- 26 janvier.
- 30 janvier.
- 2 février.
- 6 février.
- 9 février.
- 20 février. Règles les 13-14-15-16-17 février. Abondantes.
- 27 février.
- 6 mars.
- 9 mars.
- 16 mars. Règles les 11-12-13-14-15 mars. Abondantes et non douloureuses.
- 29 décembre 1937. Règles normales depuis 9 mois.



II. — LES DYSMÉNORRHÉES

Ces affections si tenaces que leur traitement en est ingrat semblent particulièrement justiciables de la thérapeutique exposée dans ce travail soit qu'il s'agisse d'utérus un peu gros ou irrégulièrement induré, soit dur et rétracté, soit enfin d'utérus rétroversé fixé par des adhérences. Dans nombre de cas la diminution et même la sédation complète et définitive de la douleur peuvent être obtenues dès les premières règles qui suivent le début du traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION VI

D... Mathilde, 45 ans, 10 décembre 1938.

Vient consulter pour des douleurs abdomino-pelviennes à irra-

dations lombaires, à gauche, dont elle souffre depuis plusieurs années. En plus, les règles sont douloureuses, quoique de durée et d'abondance normale.

A l'examen, l'utérus est un peu augmenté de volume, le cul-de-sac gauche manque de souplesse et on y réveille une vive douleur. Le col présente une ulcération métritique péri-orificielle de la dimension d'une pièce de 1 fr.

Traitement:

- 7 janvier.
- 10 janvier.
- 14 janvier.
- 20 janvier. Règles les 16-17-18-19 avec douleurs du bas-ventre de la région lombaire.
- 24 janvier.
- 28 janvier.
- 31 janvier.
- 4 février.
- 14 février. Règles du 4 au 12 février, douloureuses.
- 18 février.
- 21 février.
- 25 février.
- 28 février.
- 11 mars. Règles du 3 au 10 février, avec douleurs minimales.
- 18 mars.
- 7 avril.
- 15 avril. Règles du 3 au 5, non douloureuses.
- 22 avril.
- 6 mai. Règles du 30 avril au 5 mai, sans douleurs.
- 16 mai. Plus de douleurs abdomino-lombaires. Col normal.

OBSERVATION VII

S... Geneviève, 22 ans, 5 février.

Dysménorrhée douloureuse, surtout depuis trois mois. La ma-

lade était auparavant normalement réglée. L'écoulement sanguin durait quatre jours, sans douleur. Actuellement, les menstruations sont d'une irrégularité complète; elles s'accompagnent de douleurs abdominales; l'écoulement de sang est peu abondant.

Par ailleurs depuis trois mois également elle a une forte leucorrhée glaireuse l'obligeant à porter une garniture en permanence.

A l'examen l'utérus apparaît un peu plus gros que normalement. Le cul-de-sac gauche est sensible. Le col est congestionné et présente une ulcération métritique de la lèvre antérieure.

Traitement:

- 5 février.
- 15 février. Règles du 6 au 14, abondantes, non douloureuses.
- 19 février.
- 22 février.
- 26 février.
- 1^{er} mars.
- 8 mars.
- 15 mars. Règles du 7 au 11 mars, abondantes, non douloureuses.
- 19 mars.
- 22 mars.
- 26 mars.
- 29 mars.
- 2 avril.
- 7 avril. Règles du 4 au 9, normales. Le col est d'aspect normal.

La malade est revue en novembre; depuis 8 mois les règles ont été régulières, d'abondance moyenne, non douloureuses. Elle n'a plus de pertes blanches. A l'examen, le col est normal.

La malade est vue de nouveau en janvier 1939. Les règles viennent à la date normale mais elles sont peu abondantes et les dernières n'ont duré qu'une journée.

Reprise du traitement:

- 17 janvier.

28 janvier. Règles du 18 au 22 janvier, normales, abondantes.

La malade est encore revue en avril, ses règles sont normales mais l'écoulement de sang tend à diminuer et à durer moins longtemps qu'au cours du traitement.

Revue en février 1942. Le traitement antérieur a eu une action pendant trois ans, puis les règles ont de nouveau diminué malgré un traitement prolongé au benzogynœstryl. Actuellement, l'écoulement dure une journée. Temps de saignement: 2 m. 1/2.

Traitement:

20 février 1942.

2 mars. Règles du 26 au 1^{er}, normales.

9 mars.

13 mars.

16 mars.

23 mars.

3 avril. Règles du 29 au 2, normales.

OBSERVATION VIII

M... Marguerite, 39 ans, 20 octobre 1938.

Règles très douloureuses, surtout le premier jour; écoulement sanguin peu abondant et durant trois jours au maximum. Les règles se produisent tous les 34 jours.

Pas de grossesse, ni de fausse couche.

Blenorragie il y a une dizaine d'années.

A l'examen, on trouve un utérus en anteflexion, sans annexite. Le col est normal.

Traitement:

20 octobre.

25 octobre.

19 octobre.

6 novembre.

15 novembre. Règles les 7-8-9 novembre. Moins douloureuses.

18 novembre.

22 novembre.

3 décembre.

13 décembre. Règles les 6-7-8-9, plus abondantes, non douloureuses.

Revue le 20 juin 1938. Les règles ont continué à être indolentes.

Revue en juillet 1941. Les douleurs menstruelles primitives n'ont pas réapparu.

OBSERVATION IX

D... Gabrielle, 29 ans, 2 novembre 1937.

Depuis quatre ans environ a constaté une modification des règles; celles-ci sont devenues irrégulières, anormalement abondantes et prolongées (15 jours et plus); elles s'accompagnent en plus de très vives douleurs. Elle n'a pas eu de grossesse. A l'examen, l'utérus est normal. Le col est enflammé et présente une érosion péri-orificielle.

Traitement:

2 novembre.

6 novembre.

9 novembre.

13 novembre.

21 novembre. Règles du 16 au 21 novembre beaucoup moins abondantes et non douloureuses.

27 novembre.

30 novembre.

4 décembre.

7 décembre.

12 décembre.

18 décembre. Règles du 13 au 18 décembre, peu abondantes, non douloureuses.

Col normal.

La malade a été revue en 1939, toutes ses menstruations (sauf une, très abondante) ont été régulières, d'abondance normale, indolentes.

OBSERVATION X

R... Irène, 31 ans, 17 octobre 1938.

Vient consulter pour des anomalies des règles : celles-ci n'ont une durée que de 1 jour et demi ; l'écoulement sanguin est minime, et accompagné de vives douleurs qui obligent la malade à garder le lit pendant 24 heures.

Elle a eu une grossesse avec accouchement prématuré à 18 ans. Elle a été traitée pour une métrite vers l'âge de 20 ans. A ce moment elle a eu, à la suite d'une cautérisation du col, une hémorragie abondante.

L'utérus est de volume et de situation normal. Au col on sent une induration nodulaire au niveau de la commissure gauche et de ce côté le cul-de-sac est effacé, sans souplesse, douloureux au palper, au speculum le col présente un orifice punctiforme et l'on voit un nodule fibreux blanchâtre à gauche.

Traitement :

17 octobre.

18 octobre.

22 octobre. Règles douloureuses les 18 et 19. Ecoulement pâle.

25 octobre.

29 octobre.

5 novembre. On peut, pour la première fois, introduire la canule.

8 novembre.

12 novembre.

19 novembre. Règles les 15 et 16, moins douloureuses.

22 novembre.

29 novembre.

6 décembre.

13 décembre.

10 janvier. Règles les 14 et 15 décembre non douloureuses.



III. — LES MÉTRORRAGIES

D'emblée nous excluons les myomes et fibromes utérins, causes fréquentes de métrorragies. Les observations qui suivent n'intéressent que des cas où les malades traitées présentaient « de gros utérus durs » ou souvent fibromateux. D'ailleurs dans la grande majorité des cas les signes cliniques ne peuvent nullement rendre compte de la variété même du syndrome; une métrite, une sclérose utérine peuvent aussi bien être à l'origine de métrorragies que d'hypoménorrhées ou d'algies menstruelles. Dans quelques cas il s'agissait de congestion ou de sclérose de l'utérus; chez deux femmes utérus et annexes étaient cliniquement sains et cependant elles venaient consulter pour des métrorragies.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XI

V... Joséphine, 19 ans, 30 décembre 1936.

Vient consulter pour des hémorragies utérines et une leucorrhée importante. Ces troubles sont apparus à la suite d'un accouchement en juillet 1836. Actuellement il existe un suintement hémorragique, presque permanent. Les règles sont normales.

A l'examen, l'utérus est normal, au palper; mais le col est

extrêmement congestionné et présente une ulcération métritique péri-orificielle.

Le temps de saignement est de 4 minutes 1/2.

Les hémorragies cessent dès les premières séances de traitement, mais la métrite n'est guérie qu'après trois mois de traitement.

Temps de saignement: 3 minutes.

OBSERVATION XII

L... Camille, 30 ans, 19 mars 1937.

Métrorragies ayant débuté le 8 janvier, une semaine après des règles normales. Il s'agit d'hémorragies irrégulières, capricieuses, minimes ou abondantes selon les jours.

Un examen au lipiodol et une biopsie faite à l'hôpital Broca ne donnent aucun renseignement.

Le 19 mars, l'écoulement de sang est discret, l'utérus est normal, sauf le col où on voit une exulcération d'aspect adénomatoïde de la lèvre antérieure.

Temps de saignement: 2 minutes 1/2.

L'hémorragie cesse dès les premières séances de traitement.

Le 10 avril les règles sont normales. Le col est presque normal. L'ulcération cervicale est presque cicatrisée.

Temps de saignement: 2 minutes 1/2.

OBSERVATION XIII

F... Maris, 59 ans.

30 mars 1942. Depuis trois mois a des petites pertes de sang, intermittentes, tous les 15 jours environ. Entre temps elle a des pertes jaunâtres, abondantes et assez fétides.

Ménopause à 52 ans.

A l'examen col petit, atrophique, par contre le corps est assez

gros et de consistance plutôt molle. La biopsie donne le diagnostic d'endométrite hypertrophique.

Traitement:

30 mars.

17 avril.

20 avril.

27 avril. Plus aucun saignement. Plus de pertes blanches. Ne reviendra que si récidive.

OBSERVATION XIV

B... Simone, 27 ans, 23 novembre 1937.

Ménorragie abondante et prolongée, ayant duré du 19 octobre au 19 novembre. Cette hémorragie a coïncidé avec une leucorrhée purulente où on a décelé la présence de gonocoques. Elle a déjà eu une métrite avec hémorragie en 1926, puis une salpingite en 1933 et 1934.

A l'examen, utérus peu mobile, les culs-de-sac sont empâtés et douloureux au palper, mais il n'y a pas de véritables masses annexelles.

Le col est enflammé, de l'orifice on voit sortir une sécrétion muco-purulente d'endocervicide. Le col saigne facilement et le canal cervical a une surface irrégulière.

Le temps de saignement est de 4 minutes et demi.

Traitement:

23 novembre. Abondant saignement.

4 décembre. Persistance du saignement.

7 décembre. Persistance du saignement.

14 décembre. Plus d'hémorragie.

18 décembre.

21 décembre. Leucorrhée très abondante, mais moins purulente.

27 décembre. Moins de pertes blanches.

- 8 janvier. Règles les 4-5-6-7 janvier. Normales.
11 janvier. Prélèvement cervical. Plus de gonocoques.
18 janvier.
25 janvier.
5 février. Règles les 28-29-30-31 janvier, 1^{er} et 2 février, normales.
12 février. Va bien. Col normal.

La malade a été vue à plusieurs reprises par la suite, jusqu'en septembre 1938. Les métrorragies ne se sont jamais reproduites.

OBSERVATION XV

B... Renée, 32 ans, 17 avril 1937.

Vient consulter pour des métrorragies abondantes l'obligeant parfois à demeurer alitée 3 ou 4 jours, pendant ses règles.

Elle a eu une grossesse avec accouchement prématuré et une fausse couche ayant nécessité un curetage.

Elle a en plus depuis plusieurs semaines un état subfébrile continu et souffre, surtout à la marche, de la région basse de l'abdomen du côté gauche.

A l'examen: l'utérus est rétroversé, les annexes, surtout à gauche, sont un peu augmentées de volume et sont douloureuses, de même que le cul-de-sac de Douglas.

Le col a un orifice béant et on aperçoit au début du canal cervical une nodosité fibroïde saillante que l'on sent au passage de la sonde.

Traitemnet :

17 avril.

20 avril.

24 avril.

27 avril.

1^{er} mai.

11 mai. Règles du 4 au 9 mai encore abondantes. /

14 mai.

18 mai.

21 mai.

24 mai.

5 juin. Règles du 27 mai au 4 juin. Trop abondantes.

8 juin.

12 juin.

15 juin.

19 juin.

6 juillet. Règles du 22 au 30 juin, un peu moins hémorragiques.

10 juillet.

13 juillet.

27 juillet. Règles du 18 au 24 juillet, moins abondantes.

La malade est revue le 28 septembre, ses règles de septembre ont été normales. L'utérus est encore rétroversé mais les annexes et le Douglas ne sont plus douloureux, mais en décembre, la malade fait une métrorrhagie importante pour laquelle elle se fait hospitaliser à Necker; elle y est opérée, l'intervention a consisté en une hystéropexie et l'ablation d'un kyste para-ovarien.

A la suite de cette intervention, les règles ont cessé d'être hémorragiques.

LES RESULTATS

Nous avons voulu dans ce travail, insister sur les remarquables résultats que nous avons pu obtenir dans l'usage de la méthode et de la technique que nous avons exposées.

Cette thérapeutique est purement physique. Dans aucun cas il n'a été fait recours à aucune médication adjuvante, en particulier aux hormones sexuelles.

Nos malades présentaient des troubles de la fonction menstruelle, métrorragies, aménorrhées ou hypoménorrhée, dysménorrhées douloureuses, sans aucune modification importante de l'utérus ou des annexes. Quelques fois même les organes internes paraissaient normaux. La rubrique avec cervicite confond tous les types de métrite du col : inflammatoire, érosive, glanduleuse-kystique, adénomatoïde, hyperplasique ou aplasique, sans d'ailleurs que nous y voyions autre chose qu'une lésion associée ou un témoin du processus qui modifie la muqueuse utérine ; lorsqu'il existait des annexites, il s'agissait de processus minimes et où l'inflammation semblait éteinte.

Sous la rubrique avec sclérose utérine, congestion, gros utérus « fibromateux », sont compris des syndromes qui excluent les myomes, les fibromes ; l'aspect « gros utérus dur » dit souvent fibromateux, est presque spécial aux métrorragies, l'aspect sclérose utérine se voit surtout dans les hypoménorrhées et les dysménorrhées.

Le tableau ci-contre résume nos résultats. Il apparaît avec évidence à quel point ils peuvent être encourageants. Une amélioration fonctionnelle remarquable se produit

Diagnostic sommaire	Métrorragies		Hypoménorrhées		Dysménorées douloureuses		Totaux	
	cas	échecs	succès	cas	échecs	succès	cas	échecs succès
Post partum.	1	0	1	0	0	0	1	0 1
Aucune lésion clinique. . .	1	0	1	5	1	4	10	3 7 (30 %) (70 %)
Avec rétroversion.	3	2	1	1	0	1	9	3 6 (33 %) (66 %)
Avec sclérose utérine, congestion, gros utérus « fibromateux » :	5	1	4	6	1	5	15	5 10 (33 %) (66 %)
Avec cervicité, accom- pagnée ou non d'annexi- te torpide.	6	0	6	15	2	13	30	2 28 (6,6 et 93,3 %)
Avec sténose cervicale. . .	2	0	2	1	0	1	3	0 3 (100 %)
TOTAUX	18	3	15	28	4	24	68	13 55 (27 %) (72 %)
			(17 %)	(14,3 et 85,7 %)				(20 %) (80 %)

généralement après un à trois mois de traitement et la guérison ne tarde pas à suivre. Dans certains cas celle-ci est définitive. Dans d'autres les troubles réapparaissent après six, huit, ou douze mois. Un nouveau traitement est alors nécessaire qui, comme le premier, conduit à la guérison.

Examinée dans le détail, notre statistique montre que :

1° Les dysménorrhées douloureuses sont moins faciles à guérir que les métrorrhagies et les hypoménorrhées (27 % d'échecs ou de résultats incomplets contre 17 % et 14,3 %);

2° Les cas sans aucune lésion clinique, comme ceux avec rétroversion, sclérose utérine, congestion, gros utérus dit fibromateux, sont moins favorables (2/3 de guérison environ) que les cas avec simple cervicale (93 à 100 % de succès); des noyaux hyperplasiques du canal cervical permettent de prévoir une guérison parfaite, à la fois de ces noyaux et des troubles des règles.

La diversité et l'étendue de l'action de la méthode que nous avons exposée reste cependant à étudier. Nous n'avons pas voulu dans ce travail, par souci de nous limiter, envisager le cas de l'effet qu'un tel procédé de dégorgement endocavitaire peut avoir sur la fécondation et la nidation de l'œuf. Sans vouloir nous étendre à ce sujet signalons cependant que le Docteur BORDIER a déjà précisé une action certaine et favorable de ce traitement dans la cure de la stérilité féminine.

LES INCONVENIENTS

Les incidents que l'on peut communément observer au cours du traitement sont des plus bénins. Le drainage par aspiration peut provoquer une congestion lympho-sanguine, parfois douloureuse; un bon moyen de l'atténuer est de provoquer une dérivation bilio-intestinale. Dans quelques cas exceptionnels, cette congestion peut s'accompagner d'une élévation thermique. Le Docteur BORDIER conseille de poursuivre le traitement afin que la fluxion aboutisse à un écoulement utérin et non à une résorption interne.

Dans les cas qui font l'objet de ce travail aucun incident digne d'être noté n'a été observé. Les inconvénients qui ont été signalés, par ailleurs, sont : la possibilité d'une poussée de salpingite, en cas d'infection tulaire en activité et dans trois cas, observés par le Docteur BORDIER, une fistulisation vésico-utérine temporaire et spontanément curable qui semble être le fait d'endométriomes méconnus.

MODE D'ACTION

Les nombreuses théories émises par les auteurs pour expliquer le mode d'action de la méthode de Bier nous engagent beaucoup à être particulièrement circonspect dès l'abord de ce sujet.

Sans vouloir prétendre apporter d'importants éclaircissements sur une question aussi épineuse, nous nous contenterons de résumer brièvement les différentes hypothèses formulées, mais en insistant toutefois sur celles qui nous ont semblé les plus judicieuses.

— BIER reconnaît à sa méthode une action analgésique, bactéricide, résolutive et régénératrice sans s'arrêter à des hypothèses qui expliqueraient divers modes d'action. Pour lui la nature faisant bien les choses, il faut l'imiter et parfois l'aider. « L'inflammation, dit-il, est un processus salutaire; la nature ne fait rien en vain et ce symptôme a pour but d'anéantir l'infection et de la détourner. L'hyperhémie est un phénomène constant dont tous les autres symptômes dépendent. Il est donc logique de produire cette hyperhémie quand elle manque de l'augmenter si elle est insuffisante. »

— Pour HAMBURGER le mode d'action serait d'ordre chimique: accumulation d'acide carbonique liée à la stase veineuse et augmentation secondaire de l'alcalinité des humeurs.

— Pour VILLARD l'action du procédé de Bier et les résultats obtenus sont le fait de l'aspiration proprement dite, qui en plus de l'évacuation de sérosités, produit une aug-

mentation de la circulation péri-utérine facilitant la résorption des infiltrats et agissant par une influence heureuse sur le système vago-sympathique.

D'une façon plus immédiate on peut concevoir que le cathétérisme avec aspiration de la cavité de l'utérus puisse avoir une action complexe :

Il peut agir sur l'*endomètre*, en évacuant la cavité utérine, vidant et désinfectant les glandes; en enlevant les débris fragiles de la muqueuse, en produisant une émission sanguine, variable selon les cas, et l'état inflammatoire du congestif local. Par ailleurs après trois à cinq séances de traitement on observe presque constamment une évacuation de sérosité brunâtre sous forme de pertes sales et parfois irritantes; en même temps, mais irrégulièrement, la malade se plaint de quelques phénomènes douloureux passagers, diffus, du bas-ventre, tandis que localement on assiste à une sorte de « fonte » des infiltrats chroniques des formations adénomatoïdes, des villosités hyperplasiques de l'endo-col. Lorsque cette réaction se produit l'amélioration fonctionnelle suit en général immédiatement.

L'aspiration cervico-utérine agit aussi sur le *muscle utérin*. Mlle GROSSMANN, en 1905, dans sa thèse, avait signalé cette action lors des alternatives de dilatation et de rétraction se produisant au cours du ventousage. L'introduction et le retrait successif de la sonde en faisant varier la pression intra-cavitaire produisent une sorte de massage, avec parfois contractions spontanées de l'utérus, puis favoriserait l'assouplissement ou la résorption des infiltrats nodulaires chroniques.

Une autre action probable est celle qui est obtenue sur le *système vasculaire de l'utérus*. L'effet hémostatique du traitement dans les méno-métrorragies fonctionnelles peut être expliqué par une action sur les artères spiralées dont la physiologie nous a montré le rôle important au cours de l'hémorragie cataméniale.

Enfin, il est possible que l'introduction répétée d'un

sorps étranger dans l'utérus agisse sur la sécrétion de certaines hormones; peut-être sur la sécrétion de « menstrine » dont les travaux de TAKAKUSA, PARKENOFF, MAVROMATI et d'autres nombreux auteurs tendent à démontrer l'existence; et vraisemblablement, dans certains cas, sur la sécrétion hypophysaire de gonadostimuline: en effet, BIRNBERG, chez trente femmes a retrouvé vingt-trois fois une hyperélimination urinaire de substances gonadotropes dans les trente heures qui suivirent une dilatation cervicale. Mais ceci est encore très hypothétique.

Il n'en demeure pas moins que l'expérience que nous avons du cathétérisme évacuateur répété de l'utérus nous permet d'annoncer des résultats thérapeutiques très satisfaisants, en dehors de tout traitement hormonal. Comme l'écrivait le Professeur MOCQUOT dans la « Revue de Gynécologie », à propos des métrorragies fonctionnelles: « On ne peut toujours rendre responsables les hormones de l'ovaire pour des anomalies qui se passent manifestement dans l'utérus et que des actions thérapeutiques locales, limitées à l'utérus, suffisent souvent à guérir. » Nous pensons qu'il n'est pas inutile d'avoir, par ce travail, apporté une contribution à la recherche dans ce nouvel esprit.

CONCLUSION

I. — Le perfectionnement de la méthode de BIER, tel que l'a mis au point le Docteur Marcel BORDIER et tel que le Docteur Marcel COLIN l'a appliqué dans le service du Docteur Paul CHEVALLIER trouve son utilité dans les effets de dégorgement de la muqueuse utérine, entraînant l'amélioration des troubles menstruels.

II. — Cette action est rendue possible par la création au niveau même de la muqueuse d'une dépression atmosphérique intermittente, au moyen d'un catheter spécialement conçu à cet effet et adapté à une trompe à eau.

III. — Cette méthode ne prétend pas s'imposer comme une thérapeutique unique et décisive. Elle a, son indication dans les affections gynécologiques si fréquentes qui ne seraient justiciables ni de la chirurgie, ni de l'hormonothérapie. Il nous paraît intéressant de faire remarquer, en conclusion de ce travail, ce qu'il peut y avoir de séduisant dans un procédé qui par une action purement physique, sans aucun médicament, permet de traiter, le plus souvent avec succès, des anomalies menstruelles différentes.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
ABRAMI

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

BOMPARD (Et.). — *Revue Française de Gynécologie*, mars-avril 1941.

JEANNENEY, HIRTZ, MERVEILLE. — Réflexions sur les fonctions hormonales utérines. — *Revue Française de Gynécologie*, mars 1937.

SIMONNET. — *Revue Médicale française*, janvier 1937.

WEIL LÉVY. — Contribution à l'histoire de l'aménorrhée. — Thèse Strasbourg, 1872.

FRANC (Pierre). — Aménorrhée après curetage. — Thèse méd., 1940.

FRANÇOIS (Laurent). — Aménorrhée de guerre, 1942.

SERSIRON (Denys). — Contribution à l'étude des aménorrhées secondaires. — Thèse, Paris.

RENAUDIN (Henry). — Infection fruste des ovaires et ménométrorrhagie, 1 vol. — Noncy, 1939.

SECOND (R.). — Les aménorrhées et leur traitement. — *Gaz. Méd. Franç.*, 1 N., mars 1941.

ARBONVILLE. — Traitement de la dysménorrhée chez les jeunes filles. — Thèse, Nancy 1939-1940.

MIEICLOWSKA (Eugénie). — Contribution à l'étude de la dysménorrhée. — Thèse Méd., Paris 1938, N° 509.

BORDIER. — *Semaine des Hôpitaux*, Paris, 15 mai 1939.

LE QUEMENT (Jean). — L'aspiration cervico-utérine dans le traitement des métrites. — Thèse, Lyon 1928.

- BIER. — L'hyperhémie et son action thérapeutique, traduit par Marchand et Valette, 1907. — Paris, Masson.
- BONAMOUR (E.). — De l'application des ventouses sur le col utérin dans le traitement des métrites. — Thèse, Paris 1911.
- BRIANCEAU (E.). — De la diversité des indications de la méthode de Bier. — Thèse, Paris 1908-1909.
- DOUAY. — Gynécologie, 1928, p. 94.
- EVERSMANN. — Centrablatt für Gyn., 2-12-1905.
- FAUVE. — La méthode de Bier. — *Presse Médicale*, 24-1-1906, p. 313.
- GROSSMANN. — Contribution à l'étude de la méthode des ventouses de Bier dans le traitement des métrites cervicales. Application des ventouses sur le col. — Thèse, Paris 1908.
- GORSE. — Contribution à l'étude de la méthode de Bier. — Thèse, Toulouse 1908.
- JAYLE et LÉWY (R.). — Traitement des métrites par application de ventouses sur le col, 1907.
- SIREDEY et GROSSMANN. — Essai de traitement de quelques métrites cervicales par la méthode de Bier. — C. R. Soc. de Gyn. et d'Obst. et de Pétriâtrie de Paris, 1908, p. 111-115.
- VILLARD et MANTELIN. — De l'aspiration cervico-utérine dans le traitement des métrites. — *Lyon Médical*, oct. 1928.
- GIBERT (Paul). — Roëntgentherapie des fibromyomes de l'utérus et des métropathies hémorragiques.
- NOVAK (Emile). — The Interpretation and clinical significance of interne : hemorrhagie. — *N.-Y. W.-World & C^o*, 1920, 157 p.
- ERNST (Suzanne). Les métrorrhagies de l'adolescence de cause utérine. — Thèse, Paris 1922.

VIGNAL. — Les métrorrhagies dites essentielles et de leur traitement.

BORDIER (M.). — Méthode de drainage intermittent de la cavité cervico-utérine, procédé dérivé de la méthode de Bier.
— *Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, N° 4.
28-3-1943.

TURAN (F.). — Centrblatt fur gyn., 1906, N° 12.

